

Les Kystes Hydatiques Péri - Vésicaux

CHEZ L'HOMME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
et soutenue publiquement le 24 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph-André AMBROGI

Né le 10 Avril 1895, à Marseille (Bouches-du-Rhône)



LYON

Imprimerie du SUD-EST

JEAN DEPRELLE, ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1920

Les Kystes Hydatiques Péri - Vésicaux

CHEZ L'HOMME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 21 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph-André AMBROGI

Né le 10 Avril 1895, à Marseille (Bouches-du-Rhône)



LYON

Imprimerie du SUD-EST

JEAN DEPRELLE, ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOTEN
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M).

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	{	BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	{	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.....		FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	{	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	{	LEPINE (J.)
Clinique des des maladies des voies urinaires.....		WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	{	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....		LANNOIS
Chimie biologique	{	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....		NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....	{	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ
Anatomie	{	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....		MOREAU
Physiologie	{	GUIART
Pathologie interne		LATARGET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	{	POLICART
Anatomie pathologique		DOYON
Médecine opératoire	{	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....		MOURIQUAND
Médecine légale	{	PAVIOT
Hygiène		VILLARD
Thérapeutique	{	ARLOING (F.)
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
		GOURMONT (P)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique.....	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILEMARD	OURoux	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAYY	TRILLAT	MURARD
LEFICHE	FROVENT	SARVONAT	RONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé des
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	fonctions

M. BAYLÉ, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROCHET, Président : VALLAS, Assesseurs
MM. GAYET et THEVENOT Léon, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

HILAIRE AMBROGI

ASPIRANT AU 307^e RÉGIMENT D'INFANTERIE

ÉLÈVE A L'ÉCOLE SPÉCIALE MILITAIRE DE SAINT-CYR

DÉCORÉ DE LA MÉDAILLE MILITAIRE

Tombé glorieusement devant Alaincourt,

le 20 septembre 1917

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de profonde reconnaissance et d'inaltérable affection.

A MA SOEUR, A MES FRÈRES, A MON BEAU-FRÈRE

A MES ONCLES, A MES TANTES

MEIS ET AMICIS

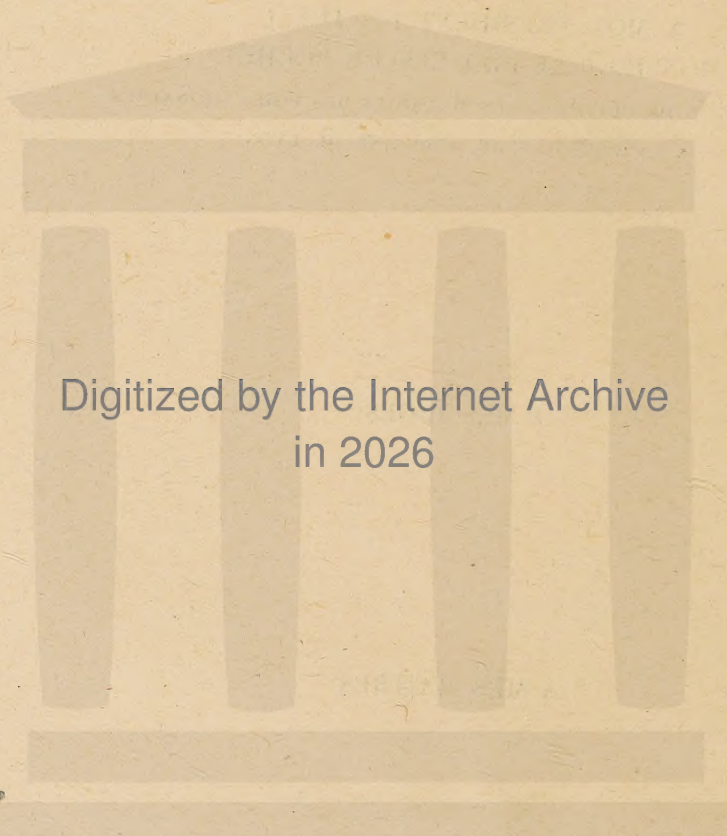
A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES JUGES

A MES MAÎTRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Les kystes hydatiques péri-vésicaux chez l'homme ne sont pas des raretés cliniques ; à l'heure actuelle, de nombreux cas de localisation rétro-vésicales de l'hydatide ont été groupés dans des thèses ou publiés isolément.

Mais nous devons à M. le Professeur Rochet une observation unique dans la littérature médicale de kyste hydatique latéro-vésical. Nous avons pu, d'autre part, retrouver un cas de kyste hydatique siégeant à la face antérieure de la vessie (Observation d'Albarran). A l'aide de ces éléments et des cas de kystes rétro-vésicaux observés dans ces toutes dernières années nous pouvons aujourd'hui reprendre et compléter l'histoire des kystes que l'on rencontre à la périphérie de la vessie, et notamment au voisinage de la prostate. Nous ferons tout particulièrement ressortir l'importance qu'il faut attacher à la notion de siège et d'évolution de ces tumeurs, en vue des indications opératoires qui en découlent.

Nous devons à M. le professeur Rochet l'idée première de cette thèse et nous le remercions ainsi que M. le Professeur agrégé Thévenot, des conseils éclairés qu'ils ont bien voulu nous donner.

HISTORIQUE

L'histoire des kystes hydatiques péri-vésicaux est surtout celle des tumeurs kystiques localisées à la face postérieure de la vessie.

C'est en 1775, que le premier cas de kyste hydatique rétro-vésical est reconnu, par Sibille. Il fut l'objet d'une communication à l'Académie de Chirurgie. Le siège particulier lui fit considérer la tumeur comme secondaire.

En 1812, Lesauvage rapporte une observation où la tumeur kystique était tellement adhérente à la vessie qu'il la regarda comme une localisation primitive de l'hydatide. Il y vit des fibres musculaires multiples, et, selon lui, le kyste se serait développé entre les tuniques muqueuse et musculeuse de l'organe.

Il faut arriver en 1852, pour trouver une étude véritablement complète de la question. Charcot publie un long mémoire « les kystes hydatiques du petit bassin. » Il y précise notamment le siège anatomique de ces kystes, qui d'après lui, prennent naissance sous le péritoine, dans le tissu cellulaire recto-vésical.

Après lui, Pize, Flecks, Persin, etc... publient d'autres observations de kystes hydatiques.

Dolbeau, en 1867, lut à la Société de Médecine de Pa-

ris, une note sur les kystes hydatiques du petit bassin où l'on retrouve les idées de Charcot.

Bouilly en 1880 dans sa thèse sur « les tumeurs aiguës et chronique de l'espace pré-vésical », souligne la rareté extrême du kyste hydatique à la face antérieure de la vessie, et leur fréquence relative à sa partie postérieure.

Legrand, en 1890, allant à l'encontre des idées généralement admises après Charcot, prétend que ces tumeurs prendraient naissance dans la paroi même de la vessie.

Tuffier, rallié aux théories de Charcot, au Congrès de Chirurgie de 1891, veut préciser encore l'origine de ces accidents. Il soutient que ces kystes auraient pour point de départ, le tissu cellulaire situé entre les vésicules séminales et le rectum ; il fixe en outre, la nature et les détails de l'intervention.

En 1892, Albarran, dans son traité « des Tumeurs de la Vessie », déclare que la lecture des observations rapportées par Legrand ne l'amène pas aux mêmes conclusions, et qu'il est convaincu que, comme l'avait vu Charcot, le siège d'implantation primitif de ces tumeurs est le tissu cellulaire sous-péritonéal, le plus souvent en arrière, dans la cloison recto-vésicale.

Après lui Walter, dans le traité de chirurgie, article Bassin, reproduit les conclusions du mémoire de Tuffier.

Legueu et Heresco, par des communications au Congrès de chirurgie de 1893, Furstenberg dans les Annales des maladies des organes génito-urinaires, étudient à nouveau ces tumeurs si intéressantes.

Plus près de nous, de nombreux cas de kystes hyda-

tiques rétro-vésicaux sont observés et publiés (Albarran, Hartmann). Herrera, Vegas et Crauwel, dans un volumineux ouvrage (*Los quistos hidaticos en la Republica Argentina*), en rapportent cinq nouveaux cas sur les 970 observations personnelles de tumeurs hydatiques.

Dans ces dernières années de nouvelles observations sont présentées à la Société de Chirurgie (Arrou et Guichemerre, Mauclair, Marion, Potherat). Dans l'intervalle, et au fur et à mesure que les cas de kystes rétro-vésicaux se multiplient, de nombreuses thèses étudient les localisations rétro-vésicales des hydatides (Getten, Legrand, Mouille, Jeudy, etc.)

Enfin, tout récemment, M. le professeur agrégé Thevenot résume en un article paru dans le *Progrès Médical* (août 1920) l'état actuel de la question.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Nous ne rappellerons pas les notions générales concernant l'évolution biologique du ténia échinocoque. Elles s'appliquent aux kystes hydatiques péri-vésicaux, comme aux kystes de tout autre région.

Il est parfaitement établi aujourd'hui que le chien représente l'hôte intermédiaire nécessaire à l'évolution cyclinique du tœnia et en est l'agent de transmission. La transmission peut être directe. Mais elle est le plus souvent indirecte et se fait alors par les aliments et surtout les eaux de boisson souillées par les matières fécales du chien porteur du parasite.

Comme facteur étiologique, nous devons noter l'âge ; les kystes péri-vésicaux se rencontrant ordinairement entre vingt et cinquante ans. Les enfants n'en sont pas exempts, mais cette affection est chez eux d'une extrême rareté.

Ces kystes coexistent souvent avec d'autres tumeurs de même nature siégeant dans d'autres organes et notamment le foie. Elles doivent être regardées alors comme des localisations secondaires.

Dans un certain nombre d'observations, le traumatisme est noté comme ayant joué un rôle dans le déve-

loppement de la tumeur, mais il ne faut pas, semble-t-il, lui attribuer une importance très grande.

Ces localisations péri-vésicales de l'hydatide, envisagées au point de vue de leur fréquence relative, viennent après celles que l'on rencontre au niveau du foie, du poumon, du cerveau. Elles forment la majorité des kystes hydatiques du petit bassin.

Par quelle voie l'embryon hexacanthé va-t-il atteindre le tissu cellulaire péri-vésical ?

La voie circulaire peut expliquer la localisation de l'embryon dans n'importe quel organe ; en effet, après son entrée dans les voies digestives supérieures, il peut devenir libre dans l'estomac et dans les premières portions de l'intestin et traverser, grâce à ses stipules, la paroi intestinale ; il est repris par les vaisseaux lymphatiques, arrive par le canal thoracique et le tronc veineux brachio-céphalique gauche dans le cœur droit, traverse les capillaires pulmonaires, atteint le cœur gauche, qui le lance vers les organes les plus éloignés. Cette théorie du transport par la lymphe et le sang, mise en avant par la plupart des auteurs pour expliquer le développement des kystes hydatiques dans le cerveau, les muscles, les os, etc., peut également être invoquée pour les kystes péri-vésicaux.

Mais il en est une autre qui paraît tout aussi plausible. Il se peut que les œufs de *tœnia*, mis en liberté, s'accrochent aux parois de l'ampoule rectale, où ils tendent à séjourner avec les matières stercorales, et qu'ils pénètrent directement par effraction, par perforation de la paroi intestinale, au sein du tissu cellulaire pré-rectal (1).

(1) Thèse de Dermigny, 1898.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le siège de prédilection des kystes hydatiques juxta-prostatiques est le tissu cellulaire de la cloison recto-vésicale. Parmi les nombreux cas sur lesquels a porté notre étude (une soixantaine), deux seulement avaient un siège très particulier ; l'un était en rapport avec la face antérieure de la vessie (Albarran), l'autre avec le bord droit (Rochet).— Leur volume est variable, quelquefois seulement de la grosseur d'une orange, ces kystes peuvent avoir les dimensions d'une tête de fœtus et même les dépasser.

Leur forme est arrondie, leur surface lisse, leur contenu ne diffère pas de celui des kystes hydatiques des autres régions. Cependant, d'après Lavigne Sainte-Suzanne, les kystes du petit bassin contiendraient plus souvent des vésicules filles que les kystes hydatiques siégeant au niveau d'autres organes.

Ils adhèrent toujours assez intimement aux organes de voisinage, et c'est un fait que nous ne voulons pas manquer de souligner au passage ; car ces adhérences, très solides du côté du fond de la poche, empêcheront la décortication complète au moment de l'intervention.

Passons en revue maintenant les différents organes du petit bassin, qui sont en rapport avec la tumeur, et voyons les altérations, les déplacements qu'ils subissent.

Le *péritoine* est progressivement décollé par le kyste et va prendre avec lui un contact de plus en plus étendu. En outre, il traduira l'irritation dont il est l'objet par un épaissement et des adhérences.

La *vessie* accuse de façons multiples la compression qu'elle subit. Dans la plupart des cas, prise par son bas fond, elle est refoulée en haut et en avant et rejetée contre la paroi abdominale antérieure. Sa paroi inférieure, déprimée par la tumeur, bombe à l'intérieur de sa cavité : le fait a été consigné dans l'observation de Marion, après un examen cystoscopique.

Quel est le mode de réaction de la vessie ?

Il est variable avec les cas considérés : constitution d'adhérences solides ; hypertrophie des fibres musculaires, surtout marquée au niveau du col, s'accompagnant d'une inflammation de la muqueuse, pouvant aboutir à la nécrose de celle-ci, et facilitant l'ouverture ultérieure du kyste dans la vessie.

L'*urèthre* présente fréquemment un aplatissement et une déviation, et nous nous expliquons ainsi les difficultés, parfois même l'impossibilité du cathétérisme de certains de ces malades.

La compression qui s'exerce sur le rectum détermine le déplacement de l'organe, la formation d'adhérences au point de contact, enfin, et c'est là le phénomène le plus sensible cliniquement, il y a effacement ou tout au moins réduction de la lumière du rectum, par conséquent gêne au cheminement des matières fécales.

La prostate n'échappe pas non plus à la pression excentrique du kyste, et le fait est surtout marqué dans le cas de kyste latéro-vésical : nous la trouvons dans ce cas refoulée du côté opposé à celui où siège la tumeur ; la prostate est en général indépendante du kyste.

Les uretères ne présentent des altérations que lorsque la tumeur atteint un certain volume ; comprimés, ils se dilatent en amont. Cette dilatation peut se transmettre au bassinet et retentir sur le rein.

Citons en exemple les constatations faites à l'autopsie d'un malade porteur d'une volumineuse tumeur : « Uretères aussi larges que des intestins d'enfant ; reins semblant de larges sacs membraneux. » (Obs. de Tyson.)

SYMPTOMATOLOGIE

A. *Troubles fonctionnels*

Le kyste hydatique a un début généralement insidieux. Mais, lorsqu'il atteint un certain volume, il détermine un ensemble de troubles fonctionnels assez constants. Ceux-ci, joints aux renseignements tirés de l'examen, permettront à l'observateur averti de soupçonner la nature de la tumeur, et même d'en poser le diagnostic ferme.

Les troubles urinaires, les premiers en date, dominent la symptomatologie de cette affection ; les plus fréquemment notés sont : la dysurie, la rétention, puis viennent la pollakiurie, la constipation, les phénomènes douloureux.

Pollakiurie. — Ce n'est pas le symptôme le plus constant, mais dans la majorité des observations qui le rapportent, on remarque que lorsqu'il est noté, il est le premier apparu ; ce signe peut être très précoce : Le malade de Tillaux, un an avant de venir le consulter, « avait commencé à être réveillé la nuit par le besoin d'uriner ». Un cas plus curieux est cité dans la thèse de Getten : « Le malade, âgé de 26 ans, entre à la Pitié, dans le service

de Tuffier ; depuis l'âge de quinze ans, il a toujours eu des besoins fréquents d'uriner.

Dysurie. — C'est le symptôme le plus constant. Faut-il en attribuer la cause à la cystite du col vésical ou à la compression de l'urèthre prostatique ? Les deux éléments interviennent très probablement dans nombre de cas.

Quoi qu'il en soit, le malade éprouve de la difficulté à émettre ses urines, il la surmonte par des efforts. Cette dysurie offre des degrés variables avec ses malades, et pour un même malade variable aussi avec l'époque considérée ; c'est ainsi que chez certains elle se rencontre par crises espacées, dans l'intervalle desquelles la miction est relativement facile (cas de Zichy). Plus habituellement la dysurie est progressivement croissante et aboutit à la rétention.

Rétention. — Secondaire à dysurie, elle s'installe graduellement ; le malade vide incomplètement sa vessie ; si on le sonde après une miction, on peut encore lui retirer une certaine quantité d'urine. Ce n'est quelquefois qu'après des années que la rétention complète est constituée.

Cette évolution n'est cependant pas la règle, et l'on peut voir survenir la rétention absolue, sans phénomènes prémonitoires : Chez le malade d'Heresco, « le premier symptôme noté est une rétention complète d'urine ».

L'observation de M. Rochet relate « que l'affection aurait débuté par une crise de rétention à peu près complète ».

Citons encore le cas curieux que nous rapportons (Obs. III) pour montrer combien peut être variable la

modalité de ce symptôme avec le malade. Dans cette observation, la rétention complète d'emblée cède à un cathétérisme, puis tardivement apparaissent des rétentions intermittentes.

L'infection rencontre chez ces malades des conditions favorables et la cystite est une complication fréquente chez eux.

Constipation. — La compression progressive dont le rectum est le siège, détermine un rétrécissement de sa lumière, et de ce fait une gêne au cheminement des matières. Cliniquement le fait est traduit par une constipation chronique, rebelle à tout traitement médical. On peut observer parfois des alternatives de constipation et diarrhée.

La constipation progressive peut aboutir à sa phase extrême à l'obstruction intestinale. Le malade que cite Ocampo fut opéré pour un bol fécal énorme de son S iliaque, et ce n'est qu'après sa mort par rétention urinaire et collapsus que fut découvert le kyste hydatique rétro-vésical dont il était porteur.

Douleurs. — Les douleurs peuvent résulter de la cystite concomittante ; elles surviennent alors à l'occasion de la miction. Elles peuvent être déterminées par la compression que la tumeur exerce sur les organes du petit bassin ; le malade se plaint dans ce cas de sensation de pesanteur dans la région périnéale, de douleurs sourdes irradiées dans les cuisses et les jambes.

L'ouverture du kyste dans la vessie ou le rectum amène un soulagement immédiat du malade.

Notons encore que les phénomènes douloureux très ac-

cusés dans certains cas au point de dominer le tableau symptomatique, peuvent parfois faire complètement défaut.

B) *Signes physiques*

L'inspection de l'abdomen révèle une voussure anormale, arrondie, régulière, remontant jusqu'à l'ombilic et même plus haut, tout à fait semblable à une vessie distendue. Cette voussure garde son aspect et sa forme après un cathétérisme.

Le *palper* abdominal permet de délimiter une *tumeur* sphéroïde homogène, régulière, lisse, de consistance ferme, mobilisable dans le sens transversal, généralement indolente.

La tumeur peut être assez volumineuse pour avoir attiré l'attention du malade lui-même et *a fortiori* celle du médecin à un premier examen. Mais il est des cas où du fait du volume plus réduit du kyste, de sa situation (kyste latéro-vésical), il est nécessaire pour le découvrir de procéder à un examen interne : le *toucher rectal*.

Ce mode d'exploration donne des indications plus précises sur le siège de la tumeur et permet en outre de prendre un contact plus immédiat avec elle ; on peut apprécier ainsi avec plus de justesse sa consistance, sa tension, sa forme. La pression provoque la *crépitation parcheminée* lorsque le kyste est calcifié. (Obs. de Marion.)

Par le toucher rectal associé au palper abdominal on peut d'abord se rendre compte que la tumeur découverte au palper, retrouvée au toucher, ne constitue qu'une seule et même tumeur ; on peut ensuite percevoir la sen-

sation de flot, enfin déterminer l'apparition du phénomène pathogromonique des kystes hydatiques : le *frémissement hydatique*. Mais il faut savoir que c'est un signe difficile à mettre en évidence, étant donné le siège particulier de la tumeur, et qu'en outre il faut, pour qu'il puisse se produire, que trois conditions inhérentes au kyste se trouvent réunies : souplesse des parois, qualités fluides du liquide contenu, sa tension moyenne.

Voyons maintenant quelles sont les constatations faites à l'aide des méthodes d'exploration interne de l'urèthre et de la vessie.

Le *cathétérisme* révèle dans la plupart des cas une compression de l'urèthre prostatique ; il permet en outre de connaître les rapports de la vessie et de la tumeur. Dans le cas de kyste latéro-vésical droit, le cathéter est fortement dévié à gauche.

Tuffier conseille de combiner le toucher rectal et le cathétérisme ; dans le cas de kyste rétro-vésical, le doigt introduit dans le rectum suit la marche de l'instrument et le sent se couder brusquement au-devant de la tumeur.

Le cathéter mis en place, on peut injecter directement un liquide dans la vessie ; cet artifice détermine la saillie plus marquée de la tumeur sous la paroi abdominale (kyste anté-vésical), dans la lumière du rectum (kyste rétro-vésical).

Mais ces modes d'exploration, que l'on ne saurait trop multiplier, supposent la perméabilité de l'urèthre. Et ceci nous amène à parler de la difficulté du cathétérisme chez certains de ces malades.

Dans un certain nombre d'observations nous trouvons relatés que le cathétérisme fut impossible dès le premier

essai : « Toute tentative de cathétérisme de la vessie reste infructueuse. » (Obs. de Tillaux). « Impossibilité de sonder le malade. » (Obs. de Lelories). Chez d'autres l'introduction de l'instrument est réalisée pendant un certain temps, et plus tard seulement la mise en place est impossible. Lesauvage dit de son malade : « Il eut plusieurs fois de la rétention complète d'urine, pour lesquelles on lui mettait chaque fois une sonde à demeure. Le cathétérisme devient enfin impossible. »

Disons cependant que dans nombre de cas le cathétérisme put être pratiqué, avec cette réserve cependant qu'il nécessita quelquefois l'emploi d'instruments ayant une certaine rigidité : « Le cathétérisme n'est possible qu'à l'aide d'une sonde munie d'un mandrin à forte courbure. » (Obs. de Duplay). Dans l'observation de M. Rochet nous trouvons : « une sonde en gomme n° 18, une sonde à béquille de même grosseur sont arrêtées à 14 cm 1/2 du méat. Une sonde métallique n° 18 passe assez facilement... »

La *cystoscopie*, « a fortiori », est souvent impossible. Elle fut pratiquée rarement, elle permit de déceler simplement un bombement de la paroi vésicale à l'intérieur de la cavité de l'organe.

La *radioscopie* et la *radiographie* ont été rarement utilisées pour les tumeurs qui nous occupent. Dans le cas de Bentley, la radioscopie fait établir le diagnostic « d'énorme calcul vésical ». La radiographie du malade de Marion « montre une masse opaque » ; remarquons qu'il s'agissait d'un kyste hydatique calcifié, par conséquent moins perméable aux rayons.

MARCHE. COMPLICATION. PRONOSTIC

Le début est en général difficile à préciser ; on peut souvent le faire remonter à plusieurs années. Le kyste hydatique qui a pris naissance dans le tissu cellulaire péri-vésical a acquis un volume suffisant pour porter entrave au bon fonctionnement des viscères voisins et s'est manifesté par les symptômes que nous avons étudiés au chapitre précédent.

Si l'on peut espérer une guérison spontanée par la mort des hydatides et la transformation calcaire, quand le kyste siège au niveau du foie, il n'en est pas de même ici. Nous n'en voulons pour exemple que le cas observé par Marion ; il s'agissait d'un kyste mort et calcifié qui déterminait des troubles assez marqués pour justifier une intervention.

Abandonné à lui-même, il aboutit ordinairement à l'une de ces complications : la rupture, l'infection et la suppuration.

Rupture. — Par suite de l'augmentation de nombre des hydatides, les parois du kyste sont devenues l'objet d'une tension excessive et vont se rompre à l'occasion d'un traumatisme occasionnel ou d'une cause minime quelconque (effort) et donner issue au contenu.

L'ouverture se fait le plus souvent dans la vessie ou le rectum, plus rarement dans la cavité péritonéale, exceptionnellement au dehors.

L'ouverture dans la vessie se révèle par la présence d'hydatides dans l'urine, quelquefois par une hématurie traduisant une hémorragie vésicale. Le malade ressent au moment de la rupture une douleur assez vive.

Quand le contenu du kyste fait irruption dans le rectum, les hydatides apparaissent dans les selles.

La rupture dans la cavité péritonéale est une complication plus redoutable ; les conséquences sont subordonnées à l'état du liquide épanché : est-il purulent, une péritonite aiguë tue le malade en quelques heures ; est-il aseptique, la péritonite est moins à craindre ; après une réaction plus ou moins intense de la séreuse, le liquide s'enkyste dans une cavité fermée par des adhérences inflammatoires et peut se résorber.

« En somme, on peut dire que si l'ouverture dans la cavité péritonéale représente un accident extrêmement grave, il n'en est pas de même quand cette ouverture se fait ailleurs : vessie, rectum, ou au dehors à travers la peau (Obs. de Sibille). Le plus souvent il s'ensuit un soulagement pour le malade, parce que le kyste, se vidant en partie de son contenu, les phénomènes de compression cessent, et avec eux tous les troubles fonctionnels qui en sont la conséquence. » (Furstenberg).

Infection et suppuration. — Ce sont des complications moins fréquentes. L'infection peut être le résultat d'une ponction séptique, et dans ce cas le microbe a suivi la voie que le trocart lui a ouverte ; mais de la lecture de certaines observations, on peut conclure que la pénétra-

tion de l'agent pathogène dans le kyste ne nécessite pas toujours une altération anatomique de ses parois. Trois cas de ce genre ont été observés.

La suppuration du kyste rend ses parois très friables et favorise sa rupture. Elle est annoncée par l'élévation de la température, l'accélération du pouls et des troubles digestifs.

Citons encore comme complications rares : l'urémie, l'hydronéphrose.

Pronostic. — Le pronostic des cas non traités ou méconnus est sérieux. En dehors de l'accentuation des symptômes, des complications graves attendent le malade qui laisse évoluer le kyste hydatique dont il est porteur, alors que le traitement chirurgical, surtout s'il est appliqué sur un kyste non infecté, est sans danger pour le malade, il amène la rétrocession des troubles et lui assure une guérison rapide et définitive.

DIAGNOSTIC

Le malade porteur d'un kyste hydatique péri-vésical vient consulter un médecin, le plus souvent un spécialiste, son attention ayant été attirée par l'apparition de l'un des symptômes fonctionnels que nous avons énumérés. Mais, nous l'avons dit, ces signes n'indiquent en somme que la compression des viscères intra-pelviens et l'irritation du col vésical. Aussi ne suffisent-ils pas au diagnostic. Il faut procéder à l'examen détaillé et complet du malade.

« Il est à peu près impossible, dit Arrou, de ne pas faire, au moins au début de l'examen, une erreur de diagnostic. Le kyste ressemble tellement à une vessie distendue qu'il semblerait une faute de penser à autre chose. » Ajoutons qu'il peut en imposer pour un diverticule de la vessie. Mais le cathétérisme, lorsqu'il est possible, ne modifie pas sensiblement le volume et la forme de la tumeur et permet d'écarter ces hypothèses.

On reconnaîtra le kyste hydatique aux caractères de la tumeur ; elle est *dure, lisse, arrondie, rénitente*. Ces signes trouvés isolément seraient sans grande valeur. Mais rencontrés simultanément sur une tumeur du bassin, ils permettent de poser un diagnostic probable de kyste hydatique.

Le seul signe vraiment pathognomonique, le *frémissement hydatique*, est très rarement obtenu, aussi ne peut-on rien déduire de son absence.

La constatation d'une tumeur de même nature dans une autre région de l'organisme, et notamment dans le foie, est un fait dont il faut tenir grand compte, car il doit déterminer le diagnostic, lorsqu'il est devenu probable par la coexistence de signes positifs.

La ponction, lorsqu'elle donne issue à un liquide « eau de roche », apporte une confirmation au diagnostic hésitant. Cependant il faut savoir que l'absence de liquide ne doit pas faire rejeter l'hypothèse de la nature hydatique du kyste. Il suffit que le liquide existe seulement dans les parties déclives ou que l'orifice du trocart soit obturé par une membrane hydatique pour que la ponction reste blanche.

Par le laboratoire, il sera possible d'obtenir les éléments suffisants d'un diagnostic positif : éosinophilie et réaction de fixation. Bien que de grande valeur, ces signes sont rarement recherchés.

Par la cystoscopie on éliminera l'idée de calcul diverticulaire, ce mode d'exploration devant déceler la présence d'un orifice de communication.

Bien souvent les éléments positifs feront défaut et le diagnostic différentiel sera à faire avec les autres tumeurs du petit bassin : Les tumeurs solides malignes se distingueront suffisamment des kystes du bassin par les symptômes graves qui les accompagnent, par leur marche rapide, par la cachexie qu'elles produisent, par les douleurs qu'elles provoquent, indépendamment de celles qui résultent de la compression ou de la destruction des

organes voisins. Parmi elles le sarcome kystique est la seule tumeur offrant avec les kystes hydatiques quelques analogies ; mais il siège surtout sur les os de la ceinture pelvienne, sa consistance est très dure par places, très molle en d'autres, il est inégal, fluctuant, bosselé, adhérent.

Les tumeurs solides bénignes intra-pelviennes présentent avec les kystes hydatiques quelques caractères communs ; leur marche est lente, la santé des malades peut rester bonne ; elles sont indolentes ou ne provoquent des douleurs que par compression à la façon des kystes.

Les chondromes sont des tumeurs circonscrites très mamelonnées, de consistance très dure et élastique, mais qui n'est pas égale partout ; on retrouve par places une résistance qu'on ne retrouve pas dans un kyste hydatique.

Le diagnostic des kystes hydatiques se fait ordinairement par exclusion ; mais « comme dans toutes les affections rares, la plus grande difficulté des kystes hydatiques para-vésicaux, est d'y penser ». (Furstenberg). C'est un diagnostic difficile et bien souvent il n'est pas fait. La nature du kyste n'est reconnue pour certains malades qu'au moment où il se rompt ; dans nombre de cas le diagnostic n'est corrigé ou affirmé qu'après l'ouverture de l'abdomen.

TRAITEMENT

Le traitement médical de ces kystes par l'essence de térébenthine et le mercure n'offre plus, à l'heure actuelle, qu'un intérêt historique.

La ponction, qui fut la première intervention tentée, est délaissée aujourd'hui. Il en est de même des injections de liquides antiseptiques divers (sublimé, naphtol, formol). Tout au plus peut-on les conseiller avant l'ouverture, pour tuer les hydatides et prévenir ainsi les greffes post-opératoires dans le péritoine.

« Le traitement doit être chirurgical, une ouverture large du kyste pouvant seule amener une guérison radicale. » (Furstenberg).

Deux points restent à préciser ; d'une part la voie d'abord, d'autre part la nature de l'intervention à pratiquer.

La voie d'abord est dictée au chirurgien par l'évolution même de la tumeur : C'est ainsi que les kystes rétro-vésicaux, qui ont une évolution abdominale le plus souvent, doivent être attaqués par la voie haute. Tuffier, dans sa communication au Congrès de chirurgie, traitant des kystes rétro-vésicaux, s'exprime ainsi : « La meilleure voie d'attaque me paraît être l'hypogastre. En effet, l'incision rectale est dangereuse à cause de l'infec-

tion possible, la voie périnéale l'est de ce fait qu'il est difficile d'éviter le canal déférent. »

Villar, rapportant un cas de guérison au Congrès de chirurgie de 1893, nous dit : « Les kystes se développant dans le tissu cellulaire recto-vésical, se trouvent bridés par le plancher pelvien, et ne peuvent se développer que du côté de l'abdomen en repoussant la vessie en avant ; il faut donc les attaquer par l'incision sus-pubienne, puisqu'ils s'avancent d'eux-mêmes vers la paroi abdominale antérieure. » La laparatomie pratiquée, deux voies permettent d'atteindre la tumeur : sous-péritonéale par décollement du dôme vésical (Tuffier) et transpéritonéale. Cette dernière paraît rallier à l'heure actuelle la majorité des suffrages.

L'incision rectale est rejetée par Tuffier, en égard des complications infectieuses dont elle peut être le point de départ. La voie périnéale, jugée dangereuse par cet auteur, a été préconisée par Segoud, après lui, conseillée par Albarran. « La voie opératoire suivie par M. Segond est évidemment celle qui devra s'imposer ; l'opération est en effet d'une très grande simplicité et le drainage se fait naturellement par le point le plus déclive. » Elle paraît devoir être réservée aux kystes qui évoluent vers le plancher pelvien.

Dans l'observation de kyste latéro-vésical que nous rapportons, c'était la voie qu'il fallait suivre et qui fut suivie. Soulignons ici le cas curieux de Bentley, qui dut, après avoir pratiqué la taille hypogastrique, faire une incision périnéale pour avoir plus de jour sur la tumeur.

L'opération idéale qu'il faudra réaliser toutes les fois qu'elle sera possible, est l'extirpation totale du kyste ;

mais il faut savoir que dans le petit bassin les kystes hydatiques contractent des adhérences telles que l'on est souvent obligé de renoncer à la dissection de la membrane adventice. L'opération se borne le plus souvent en une marsupialisation de la poche et drainage consécutif.

Les suites opératoires sont bonnes et le malade peut se considérer définitivement guéri. Nous en donnons comme preuve les résultats du tableau que nous plaçons avant nos observations. Dans ce tableau nous avons groupé tous les cas que nous avons pu recueillir et nous mentionnons soit leur évolution quand ils furent abandonnés à eux-mêmes, soit le traitement qui leur fut appliqué, enfin le résultat final.

TABLEAU RÉCAPITULATIF (I)

NOMS D'AUTEUR NATURE DU KYSTE	ÉVOLUTION OU TRAITEMENT	RÉSULTAT
Sibille, 1755 K. rétro-vésical	ouverture spontanée, agrandissement de l'ouverture	guérison
Lelories, 1779 K. rétro-vésical	accidents de rétention	mort
Lelouis, 1789 K. rétro-vésical	accidents de rétention	mort
Morand, 1792 K. rétro-vésical	Ponction hypogastrique. puis incision périnéale.	mort
J. Hunter, 1793 K. rétro-vésical	accidents de rétention	mort
Lesauvage, 1812 K. rétro-vésical	Ponction par le rectum, Symptômes de péritonite.	mort
Brun, 1834 K. rétro-vésical	Ouverture spontanée dans le rectum à 2 reprises.	inconnu
Lowel, 1846 K. rétro-vésical	accidents de rétention	mort
Blondeau, 1849 K. rétro-vésical	Ponction par l'hypogastre, péritonite.	mort
Curling, 1849 K. rétro-vésical	Infection urinaire.	mort
Pize, 1853 K. rétro-vésical	accidents de rétention	mort

(1) Nous ne mentionnons pas ici les cas dans lesquels le malade fut enlevé par une affection intercurrente.

Quain, 1860		
K. rétro-vésical	Ponction par le rectum.	guérison
Velpeau, 1862		
K. rétro-vésical	Ponction par le rectum.	mort
Dolbeau, 1867		
K. rétro-vésical	Ponction puis incision rectale.	guérison
Mallez, 1878		
K. rétro-vésical	Ponction.	guérison
Thouson, 1879		
K. rétro-vésical	Ponction par l'hypogastre.	guérison
Surgeon, 1880	Rupture dans le péritoine,	
K. rétro-vésical	péritonite.	mort
Zichy, 1881	Rupture dans le péritoine,	
K. rétro-vésical	péritonite.	mort
Fischer, 1883		
K. rétro-vésical	Incision périnéale.	guérison
Tillaux, 1883		
K. rétro-vésical	Incision rectale.	guérison
Millet, 1884	Ponction accidentelle au	
K. rétro-vésical	cours d'un cathétérisme.	guérison
Duplay, 1887		
K. rétro-vésical	Ponctions.	guérison
Fairbank, 1890		
K. rétro-vésical	Ponction par le rectum.	récidive
Legrand, 1890	Laparotomie	
K. rétro-vésical	Marsupialisation, Drainage.	guérison
Baudet, 1890		
K. rétro-vésical	Ponction.	inconnu
Feenwich, 1891	Ponction rectale	
K. rétro-vésical	anurie	mort

Tuffier, 1891		
K. rétro-vésical	Laparotomie, extirpation.	guérison
Villard, 1893	Laparotomie	
K. rétro-vésical	Marsupialisation, drainage.	guérison
Binaud, 1893	Laparotomie	
K. rétro-vésical	Marsupialisation.	guérison
Winterberg, 1896		
K. rétro-vésical	Cystostomie périnéale,	
Harisson, 1896	Incision périnéale,	
K. rétro-vésical	drainage.	guérison
Ocampo, 1896		
K. rétro-vésical	Occlusion intestinale.	mort
Tickel, 1898		
K. rétro-vésical	Urémie.	mort
Tuffier, 1898	Laparotomie, incision,	
K. rétro-vésical	suture de la poche	guérison
Heresco, 1898		
K. rétro-vésical	Incision périnéale.	guérison
Legueu, 1898		
K. rétro-vésical	Marsupialisation.	guérison
Albarran, 1900	Laparotomie	
K. pré-vésical	extirpation.	guérison
Bangs, 1901		
K. rétro-vésical	Incision par l'hypogastre	guérison
Vegas et Cranwel 1901	Laparotomie,	
K. rétro-vésical	incision et drainage.	guérison
Saxahansky, 1901	Incision périnéale	
K. rétro-vésical	et ponction.	guérison
Wood, 1904		
K. rétro-vésical	Cystotomie sus-pubienne.	mort

Cranwell, 1904	Laparotomie	
K. rétro-vésical	incision du kyste.	mort
— 1904	Laparotomie	
K. rétro-vésical	Marsupialisation.	guérison
— 1904	Laparotomie	
2 K. rétr.-vésic.	Marsupialisation et drainage.	mort
Hartmann, 1904	Marsupialisation	
K. rétro-vésical	drainage.	guérison
Rupp, 1905	Laparotomie	
K. rétro-vésical	Marsupialisation, drainage.	guérison
Fürstenberg, 1905	Laparotomie	
K. rétro-vésical	Marsupialisation, drainage.	guérison
— 1905		
K. rétro-vésical	Taille hypogastrique	
ouv. d. la vessie	Marsupialisation de la vessie.	guérison
Soubeyran, 1905	Incision de Roux	
K. rétro-vésical	Marsupialisation, drainage	guérison
Cranwell, 1906	Laparotomie, incision et	
K. rétro-vésical	drainage.	guérison
J. Guyot, 1912		
K. rétro-vésical	Taille hypogastrique	guérison
Mauclaire, 1912	Laparotomie	
K. rétro-vésical	extirpation totale	guérison
Veau, 1912	Laparotomie, extirpation	
K. rétro-vésical	péritonisation, drainage	guérison
Arrou, 1912	Laparotomie	
K. rétro-vésical	Incision, drainage	guérison
Rotgams, 1913	Incision transvésicale	
K. rétro-vésical	drainage par le périnée	guérison
Villar, 1915	Laparotomie, marsupialisation,	
K. rétro-vésical	drainage	guérison

Marion, 1914	Laparotomie, extirpation,	
K. rét.-vés. calci	drainage	guérison
J Bentley Squier 1914	Laparotomie puis incision péri- néale, masupialisation périnée-	
K. rétro-vésical	le et drainage.	guérison
Pothérat, 1917	Laparotomie, extirpation	
K. rétro-vésical	drainage.	guérison
Rochet, 1920	Incision périnaéale,	
K. latéro-vésical	Marsupialisation, drainage.	guérison

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Albarran. Soc. de Chirurgie, 1900)

Kyste hydatique pré-vésical

K..., âgé de 59 ans, entre salle Velpean, à l'Hôpital Necker, le 1^{er} février 1900.

Il y a 18 ans, ce malade reçut un coup violent au dessus du pubis : il dut garder le lit pendant un mois. Peu de temps après apparut, au-dessus et sur le côté droit du pubis, une grosseur du volume d'une petite noix. Le malade ne s'était plus inquiété de cette grosseur jusqu'à l'année 1897 : il éprouva alors des douleurs assez vives dans le bas-ventre et quelque difficulté dans la miction, les dernières gouttes auraient même été sanglantes. Tous ces phénomènes disparurent, mais, vers la fin de janvier 1900, des douleurs analogues à celles qu'il avait éprouvé deux ans auparavant, conduisent le malade à l'hôpital

A son entrée le malade se plaint de mictions fréquentes et souvent pénibles, la vessie ayant perdu de sa force contractile. Il existe, en outre, des douleurs qui siègent au niveau du pubis et qui s'irradient vers la région lombaire : ces dou-

leurs sont constantes, mais surtout marquées pendant la marche.

A l'examen on voit dans une région limitée par la ligne blanche et l'arcade crurale, dans la partie inférieure de la région, immédiatement au-dessus du pubis, une tumeur arrondie qui, en dedans, atteint et dépasse légèrement la ligne médiane; en dehors, la tumeur est limitée par une ligne verticale, passant par la partie moyenne de l'arcade crurale; en haut, par une ligne horizontale allant de l'une à l'autre épine iliaque antéro-supérieure.

La tumeur paraît au palper, lisse, arrondie, mobile dans le sens transversal. Par le toucher rectal pratiqué, la vessie vide, on constate l'existence d'une masse arrondie, du volume d'une orange, de consistance ferme.

Les muscles de la paroi abdominale en se contractant masquent complètement la tumeur. La vessie artificiellement dilatée, refoule en avant la tumeur qui devient moins mobile.

L'examen cystoscopique montre que la muqueuse vésicale est saine : lorsque pendant cet examen on presse sur la tumeur, on voit la paroi vésicale repoussée dans la cavité.

Je pensai à un kyste de la cavité de Retzius, ou à un myome excentrique de la vessie.

Opération. — Le 7 février 1900, j'opérai ce malade. Je pratiquai dans la position inclinée l'incision de la taille longitudinale. Au devant et à droite du sommet de la vessie, je trouvai le kyste arrondi, gros comme une orange, que je vous présente. Le kyste siégeait dans le tissu sous-péritonéal et adhérait fortement aux organes voisins. En avant, je décortiquai assez facilement le péritoine et je trouvai un fort cordon allant vers l'ombilic; c'était l'artère ombilicale. A droite, le péritoine pariétal refoulé par la tumeur lui adhérait intimement ainsi que l'épiploon; je dus ouvrir le péritoine et en réséquer une partie ainsi qu'une assez grosse masse épiploïque; je trouvai enfin l'appendice étalé sur la tumeur et fortement adhérent, je l'enlevai. J'arrivai ainsi à décortiquer et à libérer toute la tumeur qui ne tenait plus que peu en bas au sommet de la vessie; la couche musculaire de la vessie adhérait à la tumeur dans une étendue

de trois centimètres carrés et s'étalait sur sa surface ; je détachai soigneusement ces adhérences et, quoique la vessie ne fut pas ouverte, je crus prudent de faire à la vessie une suture de renfort et d'appui.

La tumeur que j'ai ainsi complètement extirpée présente le volume d'une orange : c'est un kyste hydatique ordinaire, plein de vésicules filles.

Les observations de kystes hydatiques pré-vésicaux sont très rares, presque toujours les kystes sous-péritonéaux du bassin siègent en arrière de la vessie, où j'ai pu observer trois exemples. Je crois que le kyste que je vous présente est le seul qui ait été extirpé complètement.

OBSERVATION II

(J. Bentley Squier. *Annals of Surgery*, 1914) (1)

Kyste hydatique rétro-vésical

Le cas rapporté par l'auteur est celui d'un Italien, âgé de 35 ans, qui entra à l'hôpital avec le diagnostic d'« énorme calcul vésical », diagnostic établi après une radioscopie. Le malade se plaignait de mictions fréquentes et de violentes douleurs dans le gland. L'abdomen était distendu par une tumeur occupant tout l'hypogastre et dont la limite supérieure était entre le sternum et l'ombilic. La percussion et la palpation faisaient constater que la vessie était énormément distendue. Le toucher rectal faisait constater une saillie de la tumeur qui comprimait le rectum. Par l'examen bi-manuel on avait la sensation d'un kyste. Une sonde en caoutchouc introduite dans la vessie donna issue à 180 gr. d'urine limpide.

Devant l'impossibilité de pratiquer l'examen cystoscopique et devant l'erreur commise par la radioscopie on se décida à pratiquer la taille sus-pubienne. Une fois la vessie ouverte, il en sortit une multitude de cellules filles d'échinocoques dont on évalua le nombre à deux ou trois cents. Comme le malade était en très mauvais état, on ne se mit pas à la recherche de la cellule-mère ; on se contenta de suturer la vessie à la peau, afin d'assurer un drainage permanent.

(1) Rizat. — *Journal d'Urologie*, 1914.

On constata la présence de deux autres kystes l'un à la face inférieure du foie, l'autre sur le grand épiploon. L'un et l'autre furent excisés. Restait à trouver la cellule-mère.

Après avoir débarrassé la cavité vésicale de tous les kystes, on découvrit dans la région du trigone, un orifice d'un centimètre et demi de diamètre. Cet orifice communiquait avec une énorme cellule-mère, placée entre le rectum et la vessie, au-dessous du point de réflexion du péritoine. Pour enlever cette cellule-mère, on introduisit à travers l'orifice situé dans le trigone une pince munie d'un tampon de ouate et on repoussa le kyste jusqu'au périnée, on disséqua celui-ci entre le rectum et la prostate, la cellule fut attirée par en bas, incisée et suturée à la peau du périnée. A travers l'orifice périnéal, on fit un curettage du kyste et ses parois badigeonnées avec de l'acide phénique pur. Quant à l'orifice qui faisait communiquer le trigone avec le kyste, on aviva ses bords et on le sutura au catgut tout en ménageant une petite ouverture à l'angle inférieur de la plaie, de façon à pouvoir drainer la vessie à l'aide d'une sonde 23 de Charrière. La plaie sus-pubienne fut suturée complètement, le péritoine suturé séparément de l'espace pré-vésical et la plaie abdominale suturée sans qu'on y mit un drain.

Au bout de quatre jours, on enleva la sonde du périnée, et la plaie vésicale se cicatriza rapidement. La cavité du kyste fut badigeonnée avec de la teinture d'iode et elle se contracta promptement.

Bien que cette opération fut longue et laborieuse le malade guérit sans incident et recouvra rapidement ses forces.

OBSERVATION III

(Pothérat. Communication à la Soc. de Chirurgie, avril 17)

Kyste hydatique Rétro-vésical

Le malade était un soldat de vingt-six ans. C'est au front de Champagne que je l'ai rencontré. Rien n'avait décelé chez lui un cas pathologique, et il faisait vaillamment son service armé aux tranchées de première ligne, quant tout-à-coup, sans cause appréciable, il fut pris d'une rétention d'urine, complète, absolue d'abord, masquée ensuite par une perte

partielle des urines, la vessie se vidant par regorgement.

Les accidents se prolongeant, notre homme dut être évacué. Dans la première formation qui le reçut, un infirmier le sonda sans aucune difficulté, mais aussi sans asepsie. Le cathétérisme avait suffi à rétablir la miction normale, Mais du pus ne tarda pas à se montrer dans les urines. On porta le diagnostic de cystite purulente, et le malade fut dirigé sur un service de fiévreux, où un traitement médical fut institué; diète lactée, térébenthine, urotropine.

A ce moment, bien qu'il urinât spontanément le plus souvent, ce soldat avait encore des rétentions intermittentes, et il fallait alors le sonder, ce qui se faisait avec toutes les précautions d'usage. Le médecin, chargé du service, confrère consciencieux et instruit, non content de constater une cystite voulut en chercher la cause et pratiqua le toucher rectal. Celui-ci lui révéla la présence « d'une grosse tumeur de la prostate ». A la suite de cette découverte imprévue, je fus appelé auprès du malade.

Voici ce que je constatai, le malade étant dans le décubitus dorsal et découvert. Il existait, au-dessus du pubis, une voussure médiane, arrondie, régulière et tout à fait semblable à une vessie distendue. Cette voussure gardait son aspect, sa forme, ses dimensions après un cathétérisme vésical évacuateur.

Au palper on reconnaissait la présence d'une tumeur sphéroïde homogène, régulière, lisse de consistance ferme, dure parfaitement immobile et tout à fait indolore.

Par le toucher rectal on reconnaissait de suite que l'excavation pelvienne était remplie par une tumeur régulière sphéroïde, lisse, dure, indolore, ayant en un mot tous les caractères de la tumeur sus-pubienne, avec laquelle, au reste elle était en parfaite continuité, ou plutôt c'était la même et unique tumeur qu'on constatait intus et extra, tumeur analogue à un kyste de l'ovaire chez la femme remplissant l'excavation appuyée sur les parois du bassin et s'élevant dans l'abdomen jusqu'à l'ombilic.

J'ai dit que cette tumeur était dure, en réalité en concentrant sur elle toute l'attention de mon double palper, j'acquis la conviction nette que ce n'était pas une tumeur solide, mais

une tumeur à contenu liquide dont la paroi était fortement tendue.

Il restait à déterminer le diagnostic exact de cette masse rénitente. L'état général du sujet ne nous fournissait aucun élément de nature à nous éclairer. Tous les viscères abdominaux ou thoraciques paraissaient en bon état. Sans doute, le malade était pâle, quelque peu émacié, certainement amaigri, avec des yeux un peu encavés, mais cet état trouvait son explication dans la diète sévère, à laquelle cet homme des champs, ce soldat des tranchées, au fort appétit, avait été soumis depuis déjà trois semaines. Jamais il n'avait présenté de fièvre, ni de troubles digestifs et jusqu'à l'apparition de sa rétention d'urine, sa santé avait été parfaite.

Les antécédents, étaient également sans valeur. Son père et sa mère étaient des cultivateurs bien portants dont il était l'unique fils : toute sa vie s'était passée auprès d'eux, sans maladie, sauf une jaunisse, de cause indéterminée, et de faible durée, dont il avait été atteint vers l'âge de 12 ans.

Il fallait donc établir notre diagnostic sur les seuls signes cliniques.

J'ai dit que le médecin traitant avait porté le diagnostic de tumeur de la prostate^e; ce diagnostic avait été partagé par plusieurs confrères qui avaient examiné le malade ; il fut aussi celui d'un chirurgien qualifié qui voyait là un sarcome de la prostate.

Je rejetai ce diagnostic. Une tumeur de la prostate ne peut avoir comme ici, une consistance homogène, être pareillement rénitente partout, rester indolore, évoluer silencieusement, prendre enfin, avec aussi peu d'accidents, une semblable développement. Mais il y avait un détail tout à fait démonstratif ; entre la tumeur et le pubis, il persistait un hiatus, un angle diedre à ouverture étroite, à sommet profond, au fond duquel le doigt, poussé très loin, reconnaissait nettement une prostate, avec l'aspect habituel, la consistance et les dimensions qu'elle présente chez un homme de vingt-six ans.

Donc, il fallait mettre la prostate hors de cause. D'ailleurs, je l'ai dit, pour moi la tumeur était un kyste volumineux, kyste qui devait siéger au-dessus de la prostate, derrière la

vessie qu'il débordait au-dessus, et surtout qu'il comprimait, d'arrière en avant, en raison de la barrière que le bassin lui opposait, et qui avait ainsi provoqué de la rétention d'urine.

Mais n'était-ce pas là une grande cellule vésicale, une sorte de vessie adventice, comme j'en avais observé et publié un remarquable exemple dans lequel, le diverticule étant bien plus grand que la vessie elle-même ? Non, car le cathétérisme ne vidant pas cette poche adventice, dont il ne modifiait en rien la consistance. Il fallait chercher dans une autre voie.

Or, j'avais observé, il y a plus de vingt-cinq ans, un kyste hydatique pelvien, rétro-vésical, sous-péritonéal : il s'était montré avec les mêmes caractères objectifs, avec la même évolution latente, il s'était révélé par les mêmes accidents de rétention ; bref je vis entre ce fait ancien et le cas actuel la plus parfaite analogie, et je portai résolument le même diagnostic.

Sur ma proposition, notre soldat accepta d'être opéré. Le choix de la voie d'accès, était fait d'avance, le sexe du sujet, la saillie sus pubienne de la tumeur, son développement jusqu'à l'ombilic imposaient la laparotomie médiane...

J'ouvris la cavité abdominale, en m'éloignant d'abord notablement du pubis pour éviter de rencontrer la vessie ; celle-ci effectivement, bien que vidée par un cathétérisme préalable, remontait très haut ; mais elle était molle, flasque et derrière elle, la débordant en haut, je retrouvai la tumeur fortement tendue constatée cliniquement.

Dès ma pénétration dans l'abdomen je fis une constatation intéressante pour l'exactitude de mon diagnostic. Dans le bord inférieur du grand épiploon se montrant une tumeur ovoïde, grosse comme un œuf d'oie, molasse. J'excisai cette tumeur avec une large portion du repli épiploïque et je demandai à un assistant de l'ouvrir de suite : c'était un kyste hydatique, pleine d'hydatides filles, flétries, mortes.

C'était une présomption que notre tumeur serait de même nature ; rien de plus. Celle-ci était là saillante sous nos yeux ; un trocart aspirateur planté dedans en fit sortir un liquide eau de roche qui ne laissait plus aucun doute. C'était bien un kyste hydatique sous-péritonéal, rétro-vésical.

J'incisai alors transversalement, à peu de distance de l'angle cysto-vésical, le péritoine et la poche elle-même. Celle-ci était tapissée d'une belle hydatide mère, bien vivante, contenant outre le liquide évacué quelques vésicules filles, rondes, rénitentes, claires, vivaces. Cette hydatique mère se rétractant sur elle-même put facilement être enlevée en totalité. Il restait alors sous les yeux une membrane fibroïde, d'un blanc laiteux, c'était la membrane adventice.

J'aurai pu borner là mon intervention et laisser cette membrane adventice, je pensais faire mieux en l'enlevant si je n'éprouvais pas trop de difficultés : après quelques tâtonnements, je trouvais le bon plan de clivage ; en le suivant pas à pas la membrane vint en totalité, sans accident, sans incident. Le péritoine, continu, constituait la paroi supérieure d'une cavité, dont la vessie formait la paroi inférieure ; le péritoine tombait d'ailleurs facilement de lui-même sur la paroi vésicale. Bien qu'il n'y eut pas de suintement sanguin, je glissai entre ces deux parois, par précaution, un drain qui ne resta que très peu de jours, et je reconstituai la paroi abdominale en ayant soin bien entendu, d'isoler complètement la cavité péritonéale. Les suites furent simples en moins de trois semaines le malade était guéri, il y a cela plus de dix mois il est resté guéri. Le résultat est acquis.

OBSERVATION IV

(Thévenot Léon. *Progrès Médical*, 14 août 20)

Kyste hydatique latéro-vésical

Lucien A..., 24 ans, entré à la clinique du Professeur Rochet, le 14 septembre 1916, pour des accidents de dysurie.

Rien à signaler dans ses antécédents. L'affection actuelle paraît remonter au mois d'août 1916 ; elle aurait débuté par une crise de rétention à peu près complète.

Le cathétérisme ramène 600 grammes d'une urine claire, ne renfermant ni albumine, ni sang. Ce cathétérisme présente quelques difficultés. Une sonde en gomme n° 18, une sonde à bécuille de même grosseur sont arrêtées à 14 cm. 1/2 du

méat. Une sonde métallique n° 18 passe assez facilement, mais son bec est fortement dévié à gauche, un peu avant d'arriver au col de la vessie.

Le toucher rectal montre une prostate molle, qui est refoulée à gauche. Le long de la branche ischio-pubienne droite, derrière elle, contre la face postérieure du trou obturateur, on sent une tuméfaction allongée, à grosse extrémité postérieure, qui paraît indépendante de la prostate ; on ne sent pas ses limites au dessus de l'excavation. Sa consistance n'est pas celle de l'os, et n'est pas non plus molle. Elle paraît plaquée contre le squelette et est tout à fait immobile. Par élimination M. Rochet ne songe pas du tout à un kyste ; il fait le diagnostic de sarcome osseux du petit bassin, à forme peut-être téléangiectasique.

Reins non perceptibles.

Pas de points osseux douloureux, ni sur le rachis ni sur le bassin.

On intervient le 25 octobre 1916, par une incision curviligne le long de la branche ischio-pubienne droite et au-dessous des bourses ; avec un détache-tendon, on désinsère l'aponévrose périnéale moyenne en arrière du corps caverneux droit et de l'ischio-caverneux. On lie l'artère honteuse interne droite. On découvre alors la tumeur le long de la branche ischio-pubienne ; elle remonte dans le bassin et il n'est pas possible d'en percevoir par le toucher la limite supérieure. Cette tumeur est ponctionnée ; il s'en écoule 175 c. c. d'un liquide clair comme de l'eau de roche, puis 40 c. c. d'un liquide sanguinolent albumineux renfermant des débris d'hydatides. On incise la poche qui laisse alors échapper une grande quantité de vésicules grosses comme des grains de raisin et de grands fragments de fauses membranes. L'exploration au doigt ne permet pas d'atteindre la limite supérieure de la poche. En tout cas celle-ci ne fait pas corps avec la ceinture pelvienne ; elle est d'autre part indépendante des voies urinaires.

La poche lavée au sublimé est drainée par deux drains. Elle se cicatrises progressivement sans incidents, et le malade put sortir guéri le 18 décembre.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes hydatiques péri-vésicaux, chez l'homme, se développent habituellement dans le tissu cellulaire péri-prostatique ; leur siège d'élection est l'espace recto-vésical, exceptionnellement la face antérieure ou l'un des bords latéraux de la vessie.

II. — Ils peuvent être simples ou multiples, primitifs ou secondaires.

III. — Leur développement entraîne une compression des organes du petit bassin, qui se traduit par un ensemble de symptômes assez constants : la dysurie, la rétention d'urine, la constipation, la douleur.

IV. — Les symptômes physiques (notamment ceux fournis par le palper abdominal combiné au toucher rectal) et les indications données par le laboratoire permettront de préciser un diagnostic toujours difficile.

V. — Ces tumeurs abandonnées à elles-mêmes ont une marche progressive ; l'aggravation des symptômes, les complications auxquelles elles peuvent donner lieu, doivent en faire réserver le pronostic et poser l'indication d'une intervention.

VI. — On doit leur appliquer un traitement chirurgical : Laparotomie quand le kyste évolue vers l'abdomen ; Incision périnéale quand il se développe vers le plancher pelvien ; Marsupialisation de la poche et drainage consécutif. Les suites opératoires immédiates et lointaines sont des plus satisfaisantes.

VU :

Le Président de la thèse,
ROCHET.

VU :

Le Doyen,
L. HUGOUYENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 2 Décembre 1920.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université
Pour le Recteur et par délégation,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
Albert WADDINGTON.

BIBLIOGRAPHIE

- Albarran. — *Tumeurs de la vessie*, 1892.
— Société de Chirurgie, 1900.
Arrou et Guichemerre. — *Bulletin de la Soc. de Chir.*, 1912.
Bangs. — *Annals of Surgery*, 1901.
Baudet. — *Journal de Med.* de Bordeaux, 1890.
J. Bentley Squer. — *Annals of Surgery*, mars 1914. *Bull. Soc. de Chir.*, 1914.
Binaud. — *Archives clin.* de Bordeaux, 1893.
Blondeau. — *Bulletin de la Soc. anatomique*, 1849.
Bouilly. — Thèse de Paris, 1880.
Brun. — Thèse de Paris, 1834.
Charcot. — Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin. Congr. français de Chirurgie, 1891.
Cranwell. — *Revue de Gynéc. et de Chir. abdominale*, 1907.
D. J. Cranwell et M. Herrera Vegas. — *Rev. Soc. Med. argent. Journ. de Chir.*, 1910.
Curling. — *Archives gén. de Méd.*, 1849.
Davaine. — *Traité des entozoaires*, 1877.
Dermigny. — Thèse de Paris, 1898.
Polbeau. — *Gazette des Hôpitaux*, 1867.
Duplay. — Kystes hydat. du petit bassin, *Arch. génér. de Méd.*, 1887.
Fairbank. — *Annales des maladies des org. gén.-ur.*, 1890.
Fischer. — *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1883.
Feenwich. — *British Med. Journal*, 1891.
Franc. — Thèse de Bordeaux, 1915.
Getten. — Thèse de Paris, 1898.
Guessin. — Thèse de Montpellier, 1916.
Guyon. — Les kystes hydatiques pelviens, *Rev. gén. de Cli-*

nique et de thérapeutique, Paris, 1912.

- Guyot. — Congrès de Chirurgie, 1912.
Harrison. — *British méd. Journal*, 1896.
Hartmann. — *Travaux de Chir. Anatomo-clinique*, 1904.
Heresco. — Congrès d'urologie, 1898.
Hunter. — *Med. and Chir. Transact.*, 1793.
Jeudy. — Thèse de Paris, 1913.
Lavigne Ste-Suzanne. — Thèse de Bordeaux, 1893.
Legrand. — Thèse de Paris, 1890.
Legieu. — Communication au Congr. d'Urologie, 1898.
Lelouis. — *Acad. de Chir.*, 1789.
Lelories. — *Acad. de Chir.*, 1779.
Lesauvage. — *Bulletin de la Faculté de Médecine*, 1812.
Lhuillier. — Thèse de Paris, 1903.
Lowel. — *Archives gén. Méd.*, 1846.
Marion. — *Journal d'Urol.*, 1914.
Masméjean. — Thèse de Montpellier, 1914.
Mallez. — *Planty Mauxion*, 1878.
Millet. — *Bulletin Soc. de Chir.*, 1884.
Morand. — *Mémoires de l'Acad. roy. des Sciences*, 1792.
Ocampo. — Thèse de Buenos-Ayres, 1896.
Pize. — *Bulletin Soc. anatom.*, 1853.
Pothérat. — Communication à la Soc. de Chir., 1917.
Quain. — *Union Médicale*, 1860.
Rupp. — *Inaugural dissert.*, Berlin, 1905.
Saxahansky. — *Annales des Maladies des org. gén.-ur.*, 1901.
Sibille. — *Acad. de Chir.*, 1775.
Thévenot Léon. — *Progrès Médical*, août 1920.
Thouson. — *Austr. Med. Journal*, 1880.
Tickel. — *British Med. Journal*, 1898.
Tillaux. — *Bulletin de la Soc. de Chir.*, 1875. — *id.*, 1887.
Tuffier. — Congrès de Chirurgie, 1893.
Villar. — Congrès de Chir., 1893.
Winterberg. — *Med. News*, 1896.
Zichy. — *Australian Med. Journ.*, 1881.
-

